

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N° 433

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean M E R Z E A U

né le 26 Octobre 1930 à St-Jean d'Angely (Ch. Mme)

Présentée et soutenue publiquement le : 1960

SECURITE DE L'ANASTOMOSE RECTO-COLIQUE SUR DRAIN
APRES RESECTION POUR CANCER.

Président : Mr. G. LAURENCE, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean M E R Z E A U

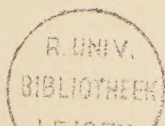
né le 26 Octobre 1930 à St-Jean d'Angely (Ch.Mme)

Présentée et soutenue publiquement le :

SECURITE DE L'ANASTOMOSE RECTO-COLIQUE SUR DRAIN
APRES RESECTION POUR CANCER.

Président : Mr. G. LAURENCE, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Prof. à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof. à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
	PATEL (J.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Bocca)	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
	LENÈGRE (J.)
	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BARIÉTY (M.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales	BAUDELLOCQUE
	Foch (Suresnes)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	VARANGOT (J.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	RENAUD (G.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	LELONG (M.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MARIE (J.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BERNARD (E.)
Clinique stomatologique (Pitié)	MICHAUX (L.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique urologique (Cochin)	SÉNÈQUE (J.)
Embryologie	LEMAIRE (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	FEY (B.)
Histologie	GIROUD (A.)
	SEZE (S. de)
	VERNE (J.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.
Hygiène et médecine préventive	TURPIN (R.)
— (Prof ^r à titre personnel)	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DEPARIS (M.)
Médecine légale	DESOILLE (H.)
Parasitologie	PIÉDELIEVRE (R.)
Pathologie chirurgicale	GALLIARD (H.)
Pathologie exotique	COUVELAIRE (R.)
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER (G.)
Pathologie médicale	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie et thérapeutique générales	MILLIEZ (P.)
Pharmacologie	GARCIN (R.)
» (Prof ^r à titre personnel)	CHEYMOL (J.)
Physiologie	LÉVY (Mlle J.)
» (Prof ^r à titre personnel)	BINET (L.)
Physique médicale	BARGETON (D.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DJOURNO (A.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	DESGREZ (H.)
Thérapeutique	LEGER (L.)
	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUVGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Parasitologie	{ BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)		{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONDSKI (J.), m. conf.	Pathologie chirurgicale	{ FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. per. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)		
Carcinologie	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)		{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉGER (J.) MAURICE (J.) RICHEL (G.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)	Pathologie expérimentale	
Embryologie	{ TUCHMANN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.		{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) GOURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PERQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)		
Histologie	{ COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)		
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	{ DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neurologie	{ LHERMITTE (F.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)		
Obstétrique	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)		
Ophthalmologie			

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture . . .	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	KOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (G.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	ROSSIER (A.)		
Pharmacologie	BOISSIER (J.)	Stomatologie	CERNÉA (P.)
	LECHAT (P.)		CHAPUT (h ^{me} A.), m.c. agr
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch.		GRELLET (M.)
	DEJOURS (P.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf.		LAMOTTE (M.)
	pr. s. ch.	Urologie	QUENU (L.)
	KELLERSHOHN		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
	ABOULKER (P.)		LEPAGE (F.)
	AMELINE (A.), pr. s. ch.		MAYER (M.)
	HUGUIER (J.)		RAVINA (J.)
Clinique chirurgicale . . .	OLIVIER (G.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
	PADOVANI (P.)		OFFRET (G.)
	POILLEUX (F.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
	ROUX (M.)		
	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	BOUDIN (G.)	Clinique psychiatrique . . .	BARUK (H.)
	CONTE (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	DOMART (A.)	Médecine légale	GAULTIER
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J.)

Secrétaires M^{me} BEURLAND (H.), M^{lle} CHAINTREUIL (G.), M^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur en Chef M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs M^{lles} DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)

Bibliothécaires } M^{mes} CONTET (J.), FORGET (F.),
M^{lles} LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M A M E R E

A M A F E M M E



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550417_0032

A mon maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Gabriel LAURENCE

Professeur à titre personnel à la Faculté de Médecine
de Paris

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Chirurgie

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la Présidence de
cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de ma sincère
gratitude.

A mon maître,

Monsieur le Docteur Théophile GIBERT

Chirurgien de l'Hôpital Léopold-Bellan

qui m'a inspiré et fourni les
éléments de ce travail.

Qu'il soit assuré ici de la
sincérité de ma reconnaissance
pour son enseignement et son
affectueuse bienveillance.

A Monsieur le Docteur Paul FOURNI

Chirurgien Assistant de l'Hôpital Léopold-Bellan

Qui a bien voulu m'aider de
ses conseils.

En témoignage de ma
respectueuse affection.

APRES RESECTION POUR CANCER

I - INTRODUCTION

Nous avons eu, il y a trois ans, l'intention de faire un travail sur la chirurgie colo-rectale, pratiquée à l'Hôpital Léopold-Bellan, dans le service de notre Maître le Docteur Th. GIBERT.

lais les nombreux travaux qui ont été consacrés à cette question, toutes les discussions qui ont suivi pendant un an la communication de LUYGUE à l'Académie de Chirurgie (Séance du 30 Octobre 1957), l'important débat dirigé par Michel BECIET au Congrès Français de Chirurgie de 1958 sur les sutures intestinales en chirurgie colique et rectale, affaiblissaient, à notre avis, la valeur d'un projet que nous abandonnions, avant d'en avoir commencé l'exécution. Quand, un cas récent de résection recto-sigmoïdienne pour cancer, terminé par une anastomose sur drain, et chargé de suites opératoires complexes (dont en particulier, une fistulisation tardive au 27ème jour) nous a conduit à revoir les suites des anastomoses réalisées par cette technique.

L'intérêt que nous avons pris à cette confrontation nous a donné l'idée d'en faire le sujet de notre thèse.

0 0 C C C C 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

II - HISTORIQUE

1 - Certes l'anastomose sur drain est un point limité de la chirurgie colique. Nous croyons cependant qu'un très court rappel du chemin parcouru et des étapes principales de la chirurgie du colon peut n'être pas fastidieux.

La résection colique gauche, avec rétablissement immédiat de la continuité, est tard venue.

Le premier succès opératoire obtenu par cette méthode appartient, on le sait, au chirurgien lyonnais REYBARD qui, le 2 Mai 1836, réalisa une colectomie idéale sur un homme de 28 ans, porteur d'une tumeur du colon pelvien.

Malheureusement, les tentatives faites pour renouveler cet exploit, aussi bien chez l'homme que sur l'animal, se soldèrent toutes par des échecs. Presque chaque fois la péritonite (par lâchage des sutures) ou la cellulite post-opératoire (par infection des décollements rétro-péritonéaux), aboutissaient à la mort.

L'extériorisation, méthode découverte presque simultanément au Danemark, en France et en Allemagne par BLOCK, RECLUS et VOLLMANN, était un grand progrès dans la chirurgie du colon gauche.

Bien codifiée par MIKULICZ en 1902, elle fut ensuite perfectionnée par EARTMAN, Edouard QUENU et Jean CRUET. Cette extériorisation-résection était de deux types :

- l'opération en trois temps de RECLUS, QUENU et CRUET
- l'opération en deux temps de PAUL et MIKULICZ.

Puis vint l'opération de EARTMAN en 1921. Le schéma en est simple : résection intestinale et abouchement du bout colique supérieur

en anus terminal définitif, avec abandon du bout inférieur. Elle a joui très longtemps d'une grande faveur en raison de sa sécurité, mais elle condamnait le malade à une infirmité définitive.

Une nouvelle intervention décrite par SCHEMIEDEN en Allemagne en 1940, et prônée en France par d'ALLAINES et BERTRAND, supprimait cette infirmité. Elle consistait en une dérivation intestinale première et une colectomie secondaire dans un deuxième temps opératoire, la dérivation se faisant avec ou sans exclusion. Mais la tumeur pouvait prendre, dans l'intervalle des deux temps opératoires, une extension telle que son extirpation devenait impossible.

2 - Ce n'est qu'en 1946, en France du moins, et surtout en 1951 après le très beau rapport de ROUX et CARCASSONNE au 54ème Congrès Français de Chirurgie, que l'hémi-colectomie gauche en un temps, avec coloraphie intra-abdominale, acquiert la première place dans la chirurgie du colon.

Elle est le fruit des progrès considérables réalisés par la préparation, tant locale que générale, des malades, par la sécurité donnée par l'utilisation des antibiotiques, par l'anesthésie et la réanimation et par la technique des sutures coliques.

Sa place a grandi peu à peu jusqu'à ne faire de l'utilisation des anciennes méthodes que des cas d'exception.

oooooooooooooooooooo

III - GENERALITES

L'anesthésie et la préparation des malades de nos observations correspond aux directives désormais classiques, dont ROUX et CARCASSONNE ont fait la synthèse en 1952.

1/ Préparation à l'intervention

La récente discussion à l'Académie de Chirurgie montre l'unanimité faite sur son importance.

a/ Préparation générale :

Elle est variable suivant l'état général du malade. Pour beaucoup, deux ou trois petites transfusions pré-opératoires sont la règle. Nous n'y recourons que rarement et seulement si le malade présente un déficit hémoglobinique important ou une hypoprotéinémie marquée. A plus forte raison si ces deux symptômes sont réunis.

Nous auscultons soigneusement nos malades ; cet examen clinique peut montrer la nécessité possible d'un traitement asséchant bronchique pré-anesthésique. L'examen cardio-pleuro-pulmonaire ne nous dispense pas du cliché pulmonaire complémentaire tellement utile. Outre son importance diagnostique, il servira de base de comparaison pour l'interprétation : éventuelle de clichés post-opératoires. C'est dans le même esprit que l'électrocardiogramme est demandé, par précaution, surtout chez les malades âgés.

Les huit jours nécessaires à la préparation locale sont en outre mis à profit pour la préparation

psychique du malade, nullement négligeable, ainsi que pour une sédation neuro-végétative douce, souvent utile.

b/ Préparation locale :

Elle vise à rendre l'intestin aussi vide et aussi peu septique que possible. Elle dure huit jours.

Nous pratiquons habituellement ainsi :

- Prise quotidienne d'huile de Ricin et de Gématropine le matin, et d'huile de Paraffine aux repas.
- Alimentation sans restriction de quantité, mais excluant totalement les aliments riches en cellulose ainsi que les féculents.
- Absence de restriction liquidienne.
- Administration d'une préparation polyvitaminique.
- Désinfection intestinale par cure sulfamidée, mise en oeuvre les cinq derniers jours de la préparation, et vacuité intestinale parachevée par un grand lavement la veille de l'opération.

Cette préparation nous donne toute satisfaction.

2/ Anesthésie - Réanimation

Toutes les interventions ont été pratiquées sous anesthésie générale.

Les qualités de l'anesthésie moderne se retrouvent pour une part non négligeable dans la simplicité des

suites opératoires. Elles concourent à obtenir, dans la période post-opératoire immédiate, le minimum de parésie intestinale, et à éviter les difficultés et les conséquences d'un ballonnement abdominal.

Nous insistons sur l'aspiration bronchique soigneuse, en fin d'intervention. L'assèchement obtenu, pour peu que le malade coopère par des efforts de toux réguliers dans les premiers jours, prévient l'encombrement bronchique dont on connaît toutes les conséquences fâcheuses. Le souci de la motricité intestinale et de la stase bronchique nous font donc rejeter l'emploi de l'éther, comme anesthésique principal.

L'anesthésie est obtenue par l'injection intraveineuse de Pentothal, dont l'action est complétée par la perfusion d'un mélange analgésique et parasympatholitique de Péthidine et de Diéthazine, et par l'indispensable curarisation adaptée au sujet et aux circonstances. Nous n'utilisons le Cyclopropane qu'en cas de nécessité absolue.

La réanimation, tant per-opératoire que post-opératoire, est capitale.

La nécessité de la compensation des pertes de sang, aussi exacte que possible, n'est plus à démontrer. Mais dans ce domaine nous nous efforçons de nous garder de tout excès, aussi bien que d'une sous-estimation.

Dans les suites opératoires immédiates, nous

cherchons aussi à sauvegarder l'équilibre hydro-
électrolytique du malade. Ce but est souvent difficile
à atteindre. Là aussi nous essayons d'être aussi sobre
que possible dans l'administration de toute substance
qui n'est pas indispensable.

oooooooooooooooooooo

IV - CONSIDERATIONS TECHNIQUES

- 1/ Nous ne nous étendrons pas sur la Voie d'Abord, qui est toujours trans-rectale gauche, depuis la région sus-pubienne jusqu'au rebord costal.
- 2/ Nous serons aussi bref sur l'étendue de l'Exérèse, qui est aussi large que possible compte tenu des conditions locales variables avec chaque cas.
- 3/ L'Anastomose seule retiendra notre attention.

La conduite habituelle est le rétablissement immédiat de la continuité après avoir réuni, par la préparation pré-opératoire et la minutie per-opératoire, les conditions essentielles de ce rétablissement (vacuité, désinfection, vascularisation de l'intestin, hémostase des tranches, suture sans tension), en dehors, naturellement, de phénomènes occlusifs ou de manifestations infectieuses (abcès, péritonite).

Dans les cas qui nous occupent, l'anastomose colo-rectale sur drain conducteur a été seule utilisée. Tout le monde est d'accord pour admettre les difficultés d'exécution d'une anastomose dans une région profonde, mal accessible, aux parois inextensibles, sur un moignon rectal fixe dont la tranche de section saigne souvent beaucoup, et requiert un temps d'hémostase mal commode. Toutes ces conditions réunies expliquent que les anastomoses colo-rectales ont la réputation d'être responsables de la plupart des fistules intestinales post-opératoires.

L'anastomose sur drain paraît maintenant beaucoup moins répandue, mais la recherche des quelques cas du service nous a montré qu'en excluant l'observation qui a fait naître l'idée de cette thèse, cette manière de rétablir la continuité avait donné satisfaction.

Le drain (calibre N° 60 dans quatre observations, N° 50 dans quatre autres, de calibre non spécifié dans cinq observations) est fixé au conducteur de d'ALLAINES, introduit préalablement par l'anus. La traction sur la bougie conductrice fait descendre le drain dans le rectum jusqu'à ce qu'il affleure la tranche de section rectale.

La suture est amorcée en plaçant aux quatre points cardinaux quatre fils totaux de catgut chromé (N° 0 ou N° 1 suivant le calibre inconstant du catgut).

En amont, les fils ne prennent que la paroi colique.

En aval, les fils prennent la paroi rectale et le drain.

Le fil postérieur, et les deux fils latéraux, chargent, en amont, la paroi colique de la muqueuse vers la séreuse, et en aval, la paroi rectale et la paroi du drain de l'extérieur vers la lumière du drain.

Ces trois fils sont noués en dedans, à l'intérieur de la lumière intestinale.

Le fil antérieur charge, en amont, la paroi colique de la séreuse vers la muqueuse, et en aval, la paroi du drain et du rectum de la lumière vers l'extérieur. Il est noué à l'extérieur.

Outre ces quatre points cardinaux, on effectue un plan total au catgut chromé N° 00, à points séparés, unissant les deux tranches intestinales sans prendre le drain.

On complète toujours cette suture totale par un plan d'adossement superficiel circulaire à points séparés (nylon 1) ne prenant que les parois coliques et rectales, sans passer dans la lumière intestinale.

C'est donc le procédé de d'ALLAINES, présenté avec A. LE ROY et J. POINTEAU à l'Académie de Chirurgie le 15 Mars 1944 ("L'anastomose par suture sur drain dans la chirurgie du colon pelvien").

Il est superflu d'insister sur la difficulté des points postérieurs, même en effectuant une manoeuvre de torsion sur l'axe (dérivée de la manoeuvre du retournement), quand le segment inférieur est particulièrement fixé, lointain et court.

- 4/ L'anastomose terminée on péritonise au mieux des possibilités locales, à points séparés, au nylon.
- 5/ Le drainage est indispensable afin d'évacuer les épanchements séro-hémâtiques. Il est assuré par une lame de caoutchouc ondulé sortant par la plaie opératoire.

Il ne paraît pas favoriser la fistulisation de l'anastomose, si on place l'extrémité inférieure de la lame à deux centimètres au-dessus de la zone de suture, et si dès le lendemain (ou le surlendemain au plus tard)

on prend bien soin de mobiliser cette lame.

Il est important en effet que la lame ne contracte pas une forte adhérence avec l'anse d'amont, la mobilisation tardive de cette lame pouvant exercer dans ce cas une traction dangereuse sur la zone anastomotique et préparer la désunion.

A partir du surlendemain, tout en mobilisant la lame chaque jour, il faut l'extérioriser par petits segments très limités, que l'on résèque progressivement, en repérant le segment qui reste par une épingle. Cette manière de procéder permettra d'orienter éventuellement une fistulisation secondaire vers l'extérieur. Elle rend, en tout cas, le service mineur d'évacuer à chaque mobilisation un peu de sérosité.

Amoins d'imprévu on ne supprime pas le drainage avant le 7ème, le 8ème ou le 9ème jour.

oooooooooooooooooooo

V - OBSERVATIONS

Le nombre de résections pour cancer terminées par une anastomose recto-sigmoïdienne sur drain s'est élevé à 13.

1/ Voici, en dehors de tout respect chronologique, l'observation N° 13, dont les péripéties se sont forcément imposées à l'opérateur, entraînant son pessimisme et mettant en doute sa confiance dans cette technique.

Observation N° 13 :

M. Robert, 55 ans.

- Lésion rectale, dont le premier signe est une hémorragie abondante. Malade hypertendu et gras. La rectoscopie précise le siège à 10 cm, permet la biopsie et l'examen histologique : "Epithélioma cylindrique glandulaire du rectum! Prolifération anarchique de la muqueuse glandulaire ; richesse en mitoses considérables" (DUPERRAT).
- Au cours de l'exploration chirurgicale on est très gêné par la graisse. La lésion siège à la limite du Douglas, il n'y a pas de ganglions perceptibles, ni d'extension locale ; le foie est indurci. La résection colo-rectale emporte en amont 30 cm du colon et en aval 5 cm du rectum. Anastomose sur drain suivant la technique habituelle,

mis exécutée avec difficulté, et terminée par quelques points d'appui graisseux au nylon.

Pénicilline-Streptomycine dans le décollement pré-sécré, lame ondulée sus et rétro-anastomotique.

- L'examen histologique (DUPERRAT) confirme les résultats de la biopsie et montre en outre une infiltration partielle de la couche musculaire.

- Suites : Pénicilline - Streptomycine

Le malade rend peu de gaz du 3ème au 4ème jour.

Le 6ème jour cependant tout paraît gagné, après une importante débâcle. Mais dans la nuit du 6ème au 7ème jour, apparition de vomissements bilieux. Le 7ème jour, au matin, les clichés sans préparation confirment, avec les niveaux liquides, l'occlusion post-opératoire.

Réintervention en fin d'après-midi du 7ème jour .

Désunion de la longue laparotomie gauche : agglutination des dernières anses grêles autour d'un foyer hémétique venu du décollement pré-sécré. Libération méthodique des anses, et vidange du grêle par une iléostomie temporaire. Toilette du péritoine en le débarrassant de la sérosité hémétique qui l'encombre et qui, entre certaines anses, paraît légèrement louche. L'anastomose est sans faille et sans sphacèle ; on ne trouve pas de source hémorragique.

Gros barrage pelvien par lame ondulée transversale.

Dilatation anale modérée, au doigt, car le drain anastomotique est tombé lentement.

- 2ème Suites : avec réanimation habituelle et antibiothérapie.

Gaz dans la nuit du 2ème au 3ème jour, grande évacuation intestinale le soir du 3ème jour. Lever le 4ème jour au matin. Mais dès ce 4ème jour (11ème jour en partant de la résection) commence un abcès torpide de la cuisse droite.

Le 12ème jour on évacue un gros abcès pariétal.

Le 16ème syndrome pleuro-pulmonaire avec épanchement, paraissant d'origine embolique : traitement habituel.

Le 20ème jour, 27ème jour en partant de la résection, donc presque la 4ème semaine, apparition d'une fistule stercorale ne laissant passer que les gaz. Elle se ferme en 18 jours.

Actuellement ce malade va bien.

2/ Mais nous reportant aux douze autres observations de technique identique, nous avons trouvé des raisons de reprendre confiance dans l'anastomose sur drain.

Observation N° 1 :

Mme M. Jeanne, 72 ans.

- Premiers signes apparus il y a 3 mois : petites traces sanglantes, besoins fréquents, faux besoins. Bon état général.

- La rectoscopie a situé la lésion à 12 cm et permis la biopsie : "Epithéliom cylindrique glandulaire du sigmoïde" (DUPERRAT).
- Le doigt rectal n'atteint pas la tumeur.
- L'exploration chirurgicale découvre un épithéliom postérieur, un peu au-dessus du Douglas, et un foie intact. Le décollement pré-sacré saigne d'une façon alarmante.
- Résection et anastomose sur drain N° 60.
- Péritonisation satisfaisante. Drainage pré-sacré.
- Examen histologique : "Large infiltration néoplasique de la paroi rectale. Les bourgeons sont constitués par des cellules cylindriques. Ils traversent la musculuse, et il n'y a pas de métastase ganglionnaire." (DUPERRAT).
- Suites : - simples
 - débâcle de diarrhée et de gaz le 3ème jour par le drain rectal. Chute du drain le 8ème jour.
- Sortie le 15ème jour, en bon état.
- Revue quatre ans après, à l'occasion d'une intervention sur son petit-fils, dans un état tout à fait satisfaisant.

Observation N° 2 :

M F. Roger, 41 ans.

- Vient pour faux besoins, diarrhée glaireuse.

Alternative de constipation et de diarrhée. Son état général est satisfaisant.

- La rectoscopie montre la tumeur à 11 cm. La biopsie confirme l'epithelioma.
- L'exploration chirurgicale découvre la lésion au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne. On fait une résection recto-sigmoïdienne par voie abdominale. Grandes difficultés du fait de la graisse qui infiltre les espaces sous-péritonéaux et les mésentères, et masque tous les vaisseaux. Résection avec rétablissement de la continuité sur drain. Même ce moyen n'est applicable dans ses grandes lignes qu'au prix de difficultés très grandes.

Drainage pré et rétro-anastomotique.

- Examen histologique : "Epithelioma glandulaire orthoplasique présentant en certains points des plages de métamorphisme colloïde. L'envahissement néoplasique s'étend jusqu'à la couche musculaire externe. Les ganglions examinés ne sont pas envahis par le processus tumoral". (DUPEREAT).
- Suites simples, sortie le 23ème jour.
- Revu à plusieurs reprises, ce malade allait bien un an après l'intervention. Puis son état général a baissé, et 18 mois après, l'existence d'une métastase hépatique ne faisait pas de doute.

Observation N° 3 :

M. R. Louis, 75 ans.

- Nous est envoyé pour une grosse tumeur recto-sigmoïdienne? Son état général n'est pas bon et l'électrocardiogramme montre une tachycardie, des extrasystoles et une prépondérance du cœur gauche.

Préparation habituelle, à laquelle on ajoute des antibiotiques car il existe une polynucléose.

- Après laparotomie gauche, l'exploration découvre une énorme tumeur recto-sigmoïdienne remplissant par sa masse le petit bassin, et remontant assez haut sur le sigmoïde. La libération de l'ensemble est difficile ; on se décide cependant pour l'exérèse afin d'éviter l'anus iliaque définitif.

La continuité est rétablie grâce à une suture sur drain (N° 50). Antibiotiques et lame de drainage. Péritonisation au nylon. L'ensemble est satisfaisant, mais l'intervention difficile et très hémorragique.

- Examen histologique : "Il s'agit d'un épithélioma colloïde du rectum, présentant un envahissement relativement modéré, car si la musculuse est atteinte, elle n'est pas remplie. Métastase ganglionnaire d'un épithélioma glandulaire sans plage myxoïde." (CHELE).
 - Suites : le malade meurt le 2ème jour, apparemment d'un choc sérique. On n'a pu faire de vérification.
-

Observation N° 4 :

Mr H. Henri, 56 ans.

- Entre avec le diagnostic de cancer du rectum. Son état général est bon.
- Après préparation habituelle, longue laparotomie gauche. Après exploration on juge la résection possible : la tumeur siège au-dessus du Douglas. Au cours de la libération du rectum, la section en bloc des deux ailerons fait monter la tumeur de façon très appréciable. Anastomose sur drain N° 50 : technique habituelle. Antibiotiques dans le décollement présacré. Lane ondulée au-dessus de l'anastomose. Péritonisation complète au nylon 60.
- Examen histologique : "Epithélioma cylindrique glandulaire du rectum. Les boyaux néoplasiques ont traversé toute l'épaisseur de la paroi. Les ganglions sont intacts." (DUPERRAT).
- Les suites sont marquées par un long épisode d'hypercoagulabilité sanguine jugulé par l'Héparine puis le Troméxane.

Sortie le 47ème jour.

- Nous avons suivi ce malade pendant 19 mois. Son état était satisfaisant.

Observation N° 5 :

Mr D. Julien, 53 ans.

- Depuis 4 mois, rectorragies au moment des selles. Le

toucher rectal montre la présence d'une masse dure à bout de doigt. La rectoscopie découvre à 12 cm une induration sanglante, la biopsie confirme le cancer. Les examens préopératoires sont normaux.

- L'exploration chirurgicale précise le siège de l'épithélioma au-dessus du Douglas, l'absence de propagation locale, de métastase hépatique. Libération du colo-rectum suivant la technique habituelle. Ligature des ailerons en une fois de chaque côté. Résection en passant à 5 cm au-dessous de la lésion qui apparaît comme un squirrhe de la face antérieure. Rétablissement de la continuité par suture colo-rectale sur drain N° 50. Antibiotiques locaux. Lane de drainage au-dessus de l'anastomose.
- Examen histologique : "Toute l'épaisseur de la paroi du rectum est envahie par de nombreux boyaux cylindriques glandulaires. Le ganglion est un ancien ganglion caséux. Il contient plusieurs métastases néoplasiques. Conclusion ; Epithéliom cylindrique glandulaire du rectum avec métastase dans le ganglion." (DUPERRAT).
- Les suites opératoires sont prolongées par une infection urinaire dont le traitement retarde la sortie au 43ème jour.
- Ce malade a été suivi pendant un an. Bon état général, reprise de poids. Toucher rectal négatif.

Observation N° 6 :

Mr P. Gaston, 73 ans.

- Entre pour un épithéliom recto-sigmoïdien. Malade en bon

état général, sauf une protidémie un peu abaissée.

Préparation habituelle.

- L'exploration montre un colon diverticulaire et situe le cancer à 5 cm au-dessus du Douglas. Après le décollement pré-sacré, on sectionne le rectum à 6 cm au-dessous de la lésion. Anastomose colo-rectale sur drain N° 60, sans traction. Péritonisation complète à points séparés au Lin 0. Antibiotiques locaux et lame de drainage.
- Examen histologique : "Il s'agit d'un epitheliom glandulaire envahissant, présentant des plaques colloïdes. Létastase ganglionnaire colloïde". (DUPERBAT).
- Les suites opératoires sont normales. Sortie le 15ème jour.
- Ce malade n'a été suivi que pendant 4 mois. Il était en bon état.

Observation N° 7 :

Mme W. Sonia, 42 ans.

- Epitheliom réctal dont les premiers signes ont été des faux besoins il y a 5 mois, et une hémorragie abondante trois semaines avant l'intervention.

La rectoscopie permet la biopsie (Professeur DELARUE).

La lésion est accessible au toucher rectal à 8 cm. La famille et la malade imposent la conservation sphinctérienne à tout prix.

- L'exploration chirurgicale découvre :

- un noyau hépatique de la convexité. Volume d'une demi-cerise.

- un épithéliom rectal au niveau et au dessous du Douglas.

- des ovaires atrophiques et polykystiques (soignée pendant deux ans pour stérilité).

Hystérectomie pour se donner du jour.

Au cours du temps sigmoïdo-rectal le décollement pré-sacré fait suffisamment monter la lésion pour pratiquer la résection. Section du rectum à 5 cm au-dessous de la tumeur. Anastomose colo-rectale sur drain N° 30. Péritonisation a points séparés sauf sur le passage de la lame ondulée, qui va dans le décollement pré-sacré. On termine par l'exérèse du noyau hépatique.

- Examen histologique : "... Adénocarcinome différencié du type lieberkumien..., la prolifération néoplasique infiltre et détruit toute l'épaisseur de la paroi rectale ; elle s'étale largement dans la gaine conjonctivo-adipeuse de l'intestin. Les six ganglions étudiés d'autre part se montrent en réaction inflammatoire sub-aigue chronique banale, et sont indemnes de métastase.

En revanche, le fragment hépatique étudié est occupé par un foyer épithéliomateux métastatique présentant une structure identique à celle de la tumeur rectale originelle". (Pr DELARUE).

- Suites satisfaisantes : gaz à la 60ème heure, chute du drain le 7ème jour. Première selle moulée le 11ème jour. Sortie le 18ème jour.

- Malade jamais revue, mais quatre ans après nous avons appris qu'elle vivait encore.

Observation N° 8 :

Mr M. Henri, 56 ans.

- Entre avec le diagnostic d'epitheliom recto-sigmoïdien. Il est en bon état, mais obèse. Radio : epitheliom de la jonction recto-sigmoïdienne. Préparation habituelle.
- Au cours de l'intervention, l'infiltration graisseuse est très gênante. Masse colique en regard du promontoire, prolongée dans le pèsio sigmoïde et dans le pédicule mésentérique au devant du rachis par une coulée diffuse, dure, qu'il faut décoller des vaisseaux pré-vertébraux très au-dessus du promontoire pour lier le pédicule mésentérique.

Résection segmentaire et large du colon, après libération de l'angle splénique. Anastomose sur drain N° 30, profonde, difficile à cause de la graisse. Cette termino-terminale est cependant satisfaisante.

Antibiotiques locaux, péritonisation.

- Examen histologique : "Il s'agit d'une forme ulcérée d'epitheliom cylindrique glandulaire. Traversant le muscle, la tumeur accède au tissu graisseux péri-colique. Tous les ganglions sont indemnes de métastase"(DUPERRAY).
- Les suites sont normales, le malade sort le 13ème jour.
- Il n'est jamais revenu, mais nous en avons eu des nouvelles excellentes le 14ème mois, dans une lettre dont le principal but était une demande de certificat.

Observation N° 9 :

Mr C. Mohamed, 33 ans.

- Entre pour des hémorragies anales. La rectoscopie révèle un placard granuleux à 12 cm du canal, de la surface d'une petite paume de main. Friabilité et saignement. La masse est perceptible au toucher rectal. Malade en bon état général ; les examens préopératoires sont normaux. Préparation habituelle.

- Au cours de l'intervention, l'exploration montre l'intégrité du foie et la masse néoplasique, mobile, du volume d'une mandarine, à la jonction recto-sigmoïdienne. Pas de ganglion. Recto-colectomie typique classique. Anastomose termino-terminale sur drain.

Péritonisation complète et lame de drainage.

- Examen histologique : "Large epithélioma colloïde traversant totalement la paroi rectale." (DUPERRAT).

- Les suites sont simples : première selle le 7ème jour, lever le 10ème jour. Sortie le 21ème jour.

- Nous n'avons pas revu ce malade qui est parti en Afrique du Nord après l'intervention.

Observation N° 10 :

Mr B. Jean, 67 ans.

- Nous est envoyé pour constipation, avec faux besoins, depuis 6 mois. Quelques selles sanglantes. Lavement baryté ; arrêt de la progression, seule l'ampoule rectale est injectée.

Rectoscopie : à 15 cm prolifération bourgeonnante, en virole, saignant au contact.

Les examens pré-opératoires sont normaux.

Préparation habituelle.

- Au cours de l'exploration, la lésion est mobile, mais la surface du foie est couverte de métastases punctiformes ou lenticulaires. On pratique quand même la résection pour éviter la colostomie définitive. Résection recto-sigmoïdienne segmentaire de 23 cm.

Anastomose sur drain N° 50. Péritonisation, lame de drainage dans le décollement, à droite de la suture.

- Examen histologique : "Epithéliom cylindrique glandulaire infiltrant la paroi du sigmoïde." (DUPERRAT).
- Les suites sont simples malgré une petite poussée urémique cédant au traitement médical. Sortie le 19ème jour.
- Nous avons suivi ce malade pendant 5 mois : il avait des selles normales, un toucher rectal négatif et un bon état général, puis nous l'avons perdu de vue.

Observation N° 11 :

Mr B. Emile, 53 ans.

- Ce malade nous est adressé pour epithéliom rectal, situé par la rectoscopie, sur la face antérieure à 12 cm? Bon état général.
- Longue incision latérale gauche. Recto-sigmoïdectomie très difficile à cause de l'énorme embonpoint du sujet et de l'étroitesse particulière du petit bassin.

L'anastomose sur drain est d'exécution acrobatique. La section du rectum, l'hémostase puis l'anastomose sont pratiquées sous le seul contrôle de l'index gauche servant de guide.

Lame ondulée de drainage.

- Examen histologique : "Epithéliom cylindrique glandulaire colloïde. La tumeur semble plutôt étalée en surface."
(DUPERRAT).
- Les suites opératoires ont été simples, seul le drain, très long à tomber, a dû être enlevé par traction. Ce fut le seul incident, sans suite.
- Après la sortie nous n'avons jamais revu ce malade.

Observation N° 12 :

Mme S. Denise, 52 ans.

- Vient pour rectorragies datant de 15 jours. Le cancer est affirmé par une biopsie pratiquée sous rectoscopie. Préparation habituelle.
- L'exploration précise l'épithéliom de la jonction recto-sigmoïdienne. Il est bien limité. Le foie est normal, l'utérus et les annexes normaux.

Hémi-colectomie gauche typique avec section du rectum au-dessus du Douglas.

Anastomose colo-rectale sur drain. Péritonisation difficile. Lame de drainage.

- Examen histologique : "Epithéliom cylindrique glandulaire traversant toute l'épaisseur de la paroi du

sigmoïde. La pléiade de ganglions est intacte." (DUPERRAY).

- Suites opératoires simples. Une tachycardie isolée est traitée par la digitaline pendant cinq jours.
- Deux mois après, cette malade était en bon état. Elle avait repris deux kilos. Revue le 15ème mois, en bonne santé.

oooooooooooooooooooo

VI - DISCUSSION

Par principe, nous n'examinerons pas les résultats éloignés au cours de cette discussion, puisque l'objet de notre thèse est un point de sécurité post-opératoire, et que notre propos, en recherchant les éléments qui lui ont servi de base, avait une ambition limitée.

Nous rejéterons aussi de la discussion le cas malheureux de l'observation N° 3. Nous savons qu'il s'agissait d'un malade très fragile chez lequel la colostomie définitive aurait dû marquer la limite de l'audace. La mort, presque subite, au moment de la mise en route d'une perfusion de sérum, alors que l'état de l'opéré inclinait déjà à l'optimisme, peut donner libre cours à toutes les hypothèses, sauf à celle d'imputer à l'anastomose sur drain ce décès précocé du 2ème jour.

Tout ceci mis à part, quatre questions se sont imposées à l'esprit :

- 1/ L'anastomose sur drain prépare-t-elle, de façon habituelle, des suites opératoires riches en incidents ?
- 2/ L'anastomose sur drain est-elle seule responsable des suites compliquées de l'observation N° 13 ?
- 3/ Si la responsabilité des suites de l'observation N° 13 n'appartient pas en propre à l'anastomose sur drain, quelle cause faut-il incriminer ?
- 4/ Faut-il modifier le comportement technique ?

Première question

"L'anastomose sur drain prépare-t-elle, de façon habituelle, des suites opératoires riches en incidents ?"

La réponse à cette première question devient facile en confrontant les observations que nous avons retenues.

Nous n'avons relevé ni hémorragie, ni occlusion post-opératoires, ni complications inflammatoires péritonéales, ni fistulisation ou désunion de l'anastomose.

Deuxième question

"L'anastomose sur drain est-elle seule responsable des suites compliquées de l'observation N° 13 ?"

Avant de répondre à cette deuxième question, il faut se souvenir qu'elle avait été d'exécution difficile chez un sujet gras. Car l'embonpoint excessif peut, au fond, expliquer tout le reste.

La première complication apparente est une occlusion qui force la main au 7ème jour. L'obstacle est une agglutination d'anses grêles autour d'un foyer hémattique, venu du décollement pré-sacré. Mais cette disposition aurait pu se voir après une anastomose termino-terminale sans drain, la condition essentielle restant le décollement hémorragique. Cette hémorragie est la première complication post-opératoire réelle dont l'occlusion n'est que la suite.

Cette hémorragie ne peut appartenir en propre à l'anastomose dur drain.

Les complications d'apparition secondaire ont été au premier chef inflammatoires malgré l'antibiothérapie. D'abord locales, elles ont pris plus tard un caractère général. Un gros abcès de la paroi a dû être évacué le 12ème jour après la deuxième intervention, le 19ème jour de l'évolution générale.

Un abcès torpide de la cuisse droite s'est développé à partir du 11ème jour après la première intervention.

On peut rattacher à cette rubrique un syndrome pleuro-pulmonaire avec épanchement apparu au 16ème jour après l'occlusion (23ème jour après la résection) et paraissant d'origine embolique. Mais il ne pouvait s'agir que d'embolies septiques, telles qu'elles se renouvelèrent par la suite à partir du 38ème jour après la première intervention, créant des foyers pulmonaires érratiques avec poussées fébriles, faisant suspecter une septicémie à staphylocoque, nécessitant bientôt le transfert du malade dans un service spécialisé où l'antibiothérapie à très haute dose eut enfin raison de ces décharges bacillémiques.

Mais qui peut, dans tout ceci, trouver une complication particulière de la technique employée, et asseoir un argument contre l'anastomose dur drain ?

La complication chirurgicale tardive, inattendue, fut une fistule stercorale apparaissant à la 4ème semaine après la

première intervention. Cette fistule n'a jamais laissé passer que des gaz , et s'est fermée en 18 jours. Le drain était tombé depuis le 7ème jour. Cette fistulisation tardive peut étonner par sa date, par le fait aussi de l'excellent aspect que présentait l'anastomose le 7ème jour au cours de la réintervention, aspect rassurant qui ne laissait pas prévoir la suite.

Qui peut encore en rendre responsable la technique du drain conducteur ?

A noter que les conséquences de cette fistulisation ont été les moins fâcheuses, et n'entrent pas en balance avec l'occlusion post-opératoire, ou les complications septiques.

Troisième question

"Si la responsabilité des suites de l'observation N° 13 n'appartient pas en propre à l'anastomose sur drain, quelle cause faut-il incriminer ?"

En réfléchissant à cette observation N° 13 qui fit naître, sur le moment, le doute sur la valeur de la technique, un fait domine : c'est l'hémorragie découverte au cours de la réintervention pour occlusion, hémorragie qui paraissait à point de départ pré-sacré.

Dans les manoeuvres pelviennes de libération du rectum, le décollement pré-sacré est quelquefois la source de suintements sanguins très abondants. Dans notre cas, à la fin de l'intervention, l'hémostase était acquise, le décollement ne

saignait pas. La suite a montré qu'il avait saigné à nouveau.
Et, à notre avis, ce saignement est la cause unique de toutes
les complications post-opératoires de notre observation.

Les dernières anses grêles se sont agglutinées dans ce foyer hémorragique, agglutination aboutissant à l'occlusion post-opératoire. Lors de cette réintervention nous avons remarqué que le sang épanché était louche par endroits. La transformation purulente franche n'était pas loin. Mais la septicité était déjà suffisante pour qu'un gros abcès pariétal soit inévitable et que naissent les complications inflammatoires.

Pour notre part, nous sommes persuadés qu'un foyer septique profond s'est constitué malgré le gros drainage, chez ce malade gras qui se défendait mal. Le siège de ce foyer était tout indiqué dans un petit bassin étroit, au fond du décollement pré-sacré, autour de l'anastomose.

Il n'est pas interdit de penser que sa présence ait conditionné les phénomènes généraux, et peut-être en dernier ressort cette fistulisation tardive, insolite, à la 4ème semaine, alors que la période fatidique de tels accidents était passée.

Quatrième question

"Faut-il modifier le comportement technique ?"

A l'époque de l'apparition de cette fistule, qui était l'accident le dernier en date, donc le plus frappant, l'opérateur était décidé à terminer, dans l'avenir, par une

fistulisation en amont.

Certains n'hésitent pas à agir ainsi après les anastomoses recto-sigmoïdiennes difficiles. Mais en se reportant aux autres observations il ne semble pas que ce geste soit indispensable. Et après l'étude critique des complications, rien ne prouve que la fistulisation ne se soit pas produite malgré la dérivation.

Fallait-il exécuter l'anastomose sur drain de façon différente ? Recourir à la traction du drain conducteur pour invaginer la suture, et pratiquer d'autres plans d'adossement successifs ? (suivant le conseil de d'ALLANES, s'inspirant de LOCKHART-MULLERY, dans sa communication de 1944). Cette pratique n'apparaît pas dans nos observations ; dans la plupart des cas cette invagination n'aurait d'ailleurs pas été possible, et, enfin, cette manière de procéder expose encore plus au rétrécissement de l'anastomose.

En réalité, c'est à une question d'hémostase, et par delà de l'hémostase, à une question de simple drainage, qu'en fin de compte tout nous semble se ramener.

N'oublions pas qu'en fin d'intervention l'hémostase était satisfaisante, l'on était en droit d'espérer qu'elle le resterait. Le nécessaire ayant été fait sur ce plan, il ne restait qu'à se prémunir contre une reprise du saignement, donc s'assurer un bon drainage qui empêcherait l'accumulation de sang dans le fond du petit bassin et la formation de caillots. Cet épanchement

pouvant préparer d'une part l'agglutination des anses grêles, d'autre part l'infection.

Pour remplir cette condition, le drainage par lame de caoutchouc n'a pas, pour une fois, répondu à la confiance de l'opérateur. Si le drainage avait fonctionné l'écoulement du sang à l'extérieur aurait protégé le malade contre les accidents que la petite hémorragie profonde allait déclancher.

Les applications du drainage ne sont jamais satisfaisantes, et cette question n'est pas résolue. Cependant, en toute justice, nous pensons qu'un drainage aspiratif, installé en fin d'intervention dans le décollement pré-sacré, aurait pu trouver ici son indication, et éviter peut-être à l'opéré N° 13 toutes les épreuves qu'il eut à surmonter.

Nous formulons cet espoir, qu'il est toujours facile et commode de faire maître d'un jugement à postériori.

oooooooooooooooooooo

VII - EPILOGUE

Observation N° 14 :

M. A. Charles, 60 ans;

- Depuis la rédaction de ce travail, on a pratiqué une autre résection recto-sigmoïdienne sur drain.

La réctoscopie montrait à 9 cm un gros polype bénin et à 12 cm une masse néoplasique volumineuse et sténosante par son volume.

- L'exploration opératoire découvrait :
 - la lésion au niveau du Douglas
 - de gros ganglions autour du pédicule mésentérique inférieur.

Le sigmoïde était court mais la libération du colon descendant et de l'angle gauche permettait une large résection.

L'anastomose fut pratiquée sur drain N° 60.

Péritonisation complète, à points séparés de nylon. Drainage par drain de polythène dans le décollement pré-sacré pour l'aspiration, et par lame ondulée dans le petit bassin au-dessus de la péritonisation.

- Examen histologique : "La tumeur est un epithelioma cylindrique envahissant toute l'épaisseur de la paroi. Les ganglions hauts sont seulement inflammatoires. Les ganglions du hile sont également inflammatoires. Le polype sous-jacent est un polype glandulaire très riche en mitoses, mais encore bénin." (DUPERRAT).

- Suites simples et apyrétiques.

Première selle le 3ème jour.* Chute du drain rectal le 5ème jour.

Les drainages ont très bien fonctionné, et le drainage aspiratif a ramené peu de sang. On a laissé ce drainage sept jours ; les trois derniers jours, il ne ramenait que de la sérosité.

oooooooooooooooooooo

CONCLUSIONS

A l'occasion d'une résection recto-sigmoïdienne pour cancer, terminée par une anastomose sur drain, et suivie de complications, nous avons revu les suites opératoires des anastomoses sur drain pratiquées dans le service.

Sur 13 observations, un seul décès, précoce, au 2ème jour, par collapsus (observation N° 3).

En faisant la critique de la 13ème observation, remarquable par :

- une occlusion post-opératoire opérée au 7ème jour,
- des complications septiques,
- une fistulisation tardive le 27ème jour (laissant passer uniquement les gaz et fermée spontanément le 45 ème jour)

nous sommes arrivés à penser que le point de départ de ce cortège pathologique n'était qu'une reprise de l'hémorragie dans le décollement pré-sacré, en période post-opératoire.

Quand on a obtenu une hémostase parfaite, dont on ne peut prévoir si elle le restera, la plus sûre façon d'éviter les inconvénients liés à une reprise éventuelle du saignement reste toujours son évacuation à l'extérieur. C'est là une vérité première.

Cette question du drainage n'est pas forcément simple :

dans un cas elle a dominé et mis en péril la sécurité de l'anastomose sur drain. Dans une 14ème observation, nous avons combiné le drainage aspiratif sous péritonéal du décollement pré-sacré, au drainage péritonéal par lame de caoutchouc pelvienne.

Nous avons retrouvé les suites simples des observations antérieures.

oooooooooooooooooooo

Vu, le Président de Thèse :

Professeur GABRIEL LAURENCE

Vu, le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

LEON BIHET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS-Ve

Téléphone : ODÉon 58-90